Dc et suivi de gsse

① Dc clinique :

- **interrogatoire** : * aménorrhée chez ♀ bien réglée (DDR)

Dc ≠ :
- âges extrêmes → ménopause chez ♀ âgée.
  → jeune fille : cycles anovulatoires (immaturité axe Hypothalma-hypo
- pathologies endocrinienne (hypothyroïdie, prolactinémie ...)
- " organique (TBC génitale, dysgénésie ovarienne ...) (TR, prise NLP) (Kyste)

⚠ une gsse peut saigner = menace ABRT, GEU, gsse molaire, PP.

* signes sympathiques = inconst. disparaissent normalement fin T1.
  - ↳ **digestifs** : nausées, vmsst, vertige, perte goût, pyrosis, Δ° appétit, hypersialorrhée, constipation, perversion du goût, ...
  - ↳ **nerveux** : émotivité, irritabilité, fatigue, somnolence, dépr
  - ↳ **urinaires** : pollakiurie, urgenturie, ...

- **examen clinique** :
  - perte / gain de Pds, ss° de ballonnement, ↑ T° basale (plateau T°)
  - seins :
    - ↑ volume de la glde mammaire.
    - peau fine + visibilité du réseau veineux de Haller.
    - ↑ pigmentation de l'aréole + bombement (en verre de montre)
    - tubercules de Mont Gomery.
  - hyperpigmentation généralisée :
    - ligne brune de l'abdomen
    - OGE (lèvres)
    - masque de gsse

- **examen gynécologique** :
  - vulve pigmentée, gonflée + suintement laiteux (leucorrhée)
  - au spéculum : col bleu violacé, long, fermé ⚠ 2e situation où col violacé : contraception.
  - TV :
    - col ramolli (utérus globuleux)
    - signe de Noble : bombement des cds latéraux suite à ↑ V² utérus.
    - signe de Hégar t : TV + palpé abd = les 2 doigts se rencontrent suite au ramolissement de utérus.
  - utérus taille mandarine à 6SA
    - " " orange à 8-10SA
    - " " pamplemousse à 12SA
  - utérus atteint ombilic à 4 mois et 1/2

② Dc paraclinique :

- Dosage HCG ↗↗ (urinaire + plasmatique).
- Écho obstétricale :
  - → confirmer Dc
  - → dater gsse !!! → sac vitellin visible 5-6e SA.
    - → E[c] visible vers 8e SA.
    - → BCF décelables vers 7e-9e SA.
  - → éliminer : GEU, Kyste de l'ovaire, fibrome, ...
  - → plus tard → morphogramme.

③ Modificat° physiologiques chez ♀ enceinte :

- T° : T1 : plateau > 37°c , fin gsse : tendance à l'hypoT°.
- pds : gain de pds normalemt = 12 Kg pdt tt gsse.
- resp : ↗ besoins en O_2 + ↗ FR.
- cardio-Vx : . TA ↘ au début de gsse (↘ RAS) puis retrouve sa valeur nle en fin gsse.
  - ↗ volémie dès 3e mois + ↗ Qc + ↗ FC + ↗ VES
  - oedèmes, angiomes stellaires, varices
- digestives : . ↘ tonus du sphincter < de oesophage } ⇒ Pyrosis + Reflux.
  - ouverture Â de His + ↗ P° gastrique }
- urinaires : . ↗ taille + pds reins + dilatat° pyélo-calicielle.
  - ↗ FG + clearence de créat.
- bio : - ↗ volume plasmatique + hémodilut° ⇒ Hb 11g/l , Hte 32%
  - hyperleucocytose physiologique
  - ↗ risque thrombo-embolique
  - ↗ VS, ↗ Fg ⚠ ds Σd infl : VS aucun intérêt pdt gsse → CRP
  - ↗ TG, ↗ CT, ↗ PAL , ↗ D-dimères
  - ↘ prot, ↘ alb, ↘ urée, ↘ créat
  - ↘ glycémie + ↗ sécrét° insuline + ↗ résistance à l'insuline

④ Comment dater une gsse.

① DDR (SA) → pour avoir âge gestationnel = SA - 2sem.

gsse nle : 270 J = 38-42 SA.

② Écho obstétricale précoce = avt 14e SA : mesure LCC ⇒ certitude !!!

⑤ suivi d'une gsse nle : au total → 3 consult° / → 3 écho

1e consult : avant 14e SA : buts :
- confirmer gsse.
- déterminer le terme
- " FDR de gsse pathologique.

* examen clinique :
  - rechercher ATCDs faisant craindre FDR de gsse path : HTA, diabète, ...
  - examen gle.

* bio :
  - groupage sg phénotypé + Rh + recherche RAI si Rh-
  - FNS
  - urée / créat
  - TSH
  - glycémie à jeun
  - TP
  - BU
  - sérologies : Toxo, VIH, rubéole, HBV, Siphylis

⚠ ECBU systématique chez ♀ diab, car IU asympt

* conseil hygiéno-diététique :
  - arrêt tabac / alcool.
  - ∅ auto-médicat°.
  - prévent° listériose (∅ fromages nn pasteurisés, viande bien cuite) + Toxo (∅ contact avec chats, ∅ jardinage).
  - alimentat° bien équilibrée.
  - activité sportive adaptée.

1e écho : avant 14 SA (≈ 12 SA) "de datat°"
- confirmer gsse + la dater précisémt : mesure LCC. + mesure clarté nucale (pour dépister anlies chrom)
- compter nbre E² + localiser E² + évaluer vitalité + étude annexes.

2e consult : le 4e mois
- examen gle : pds, TA, ...
- BU
- auscultat° BDF + percept° MAF (dès 20 SA)
- hauteur utérine
- palpat° abd

nle = âge gestationnel en SA -4
max 28cm (ac 32 SA elle reste stable)

2e écho : ≈ à 22 SA "morphologique"
- étude morphologique complète du foetus
- mesure des biométries : BIP, LF, PA, CC
- étude de la vitalité
- " des annexes (posit° du placenta, qtt du liq amn)

3e consult : le 9e mois . ⇒ déterminer Pc obstétrical = mode d'accoucht

- ex gle + BU + BCF + MAF + contract° utérines
- ex du bassin obstétrical — Refaire sérologie toxo si ⊖
- TV : apprécier col + Présentat°
  ↳ (Préparat° : marche , progestérone, rapport sex -)

3e écho : à la 32e SA " de croissance "

- posit° du foetus + sa vitalité
- estimat° du pds
- études des annexes (placenta + qtt liq amniotique)

⚠
- supplémenter systématiquemt en T_1 en acide folique
- " " après T_1 en fer
- si ATCDs eclampsie ⇒ Aspegic .
- Xylo - nn adrénalisée si extract° dentaire .

- hauteur utérine insuffisante
  - erreur de terme
  - RCIU
  - oligamnios
  - arrêt gsse (MIU)
- hauteur utérine excessive :
  - erreur de terme
  - gsse multiple
  - macrosomie foetale
  - hydramnios
  - utérus fibromateux .

- gsse évolutive précoce < 5 SAs
  HCG dble / 48h .
- ABRT spont précoce :
  HCG chute à 48h .
- GEU : HCG stagne ou ↑ peu .

* faux ⊕ HCG : protéinurie, hématurie , prise de certains médicaments : BZD, NLP, ...